ITEM 125 : TROUBLES DE LA MICTION ET INCONTINENCE URINAIRE

Fiche réalisée en priorisant rangs et informations comme suit si discordances : Fiche LiSA > Collèges (Urologie > MPR)

GÉNÉRALITÉS

CYCLE MICTIONNEL NORMAL

- **Bas appareil urinaire** : réservoir (vessie) + conduit d'élimination (urètre) + zone sphinctérienne (sphincter lisse involontaire et strié volontaire).
- **Rôle binaire** : stocker et éliminer l'urine (normal < 8 mictions/jour).
- **Cycle mictionnel** : alternance en phase de stockage de l'urine et phase de vidange (miction).
- Le gradient de pression entre réservoir/urètre détermine la phase du système :
  - Phase de stockage : sphincter vésical fermé (= pression urétrale élevée)/vessie relaxée (= pression vésicale basse) = PU > PV donc l'urine reste dans la vessie.
  - Phase de vidange (miction) : vessie se contractée (= pression vésicale haute)/sphincter se relâche (= pression urétrale basse) = PV > PU donc miction.
- Le bas appareil urinaire assure :
  - **Le confort social** : l'urine n'est éliminée qu'à la demande quand c'est socialement adapté.
  - **La protection des reins (sécurité)** : isolation des reins du milieu extérieur, car l'urine est stockée à basse pression dans la vessie, ainsi pas de reflux vers les reins.
- Le cycle mictionnel normal requiert une bonne coordination vessie/sphincter, assuré par l'innervation :

Système	Nerf	Neuromédiateur	Récepteurs	Rôle
Ortho ∑ Thoraco-lombaires T11-T12-L1-L2	Hypogastrique	Noradrénaline	R.α1 (col vessie) R.β3 (détrusor)	Fermeture du col Inhibition du détrusor
Para ∑ sacrés (S2-S3-S4)	Pelvien	Acétylcholine	Muscariniques (détrusor)	Contraction du détrusor
Somatique sacré (S2-S3-S4)	Pudendal	Acétylcholine	Nicotinique (sphincter strié)	Contraction/relaxation du sphincter

- **Au niveau encéphalique** : centres surtout inhibiteurs, avec infos sur le degré de remplissage.
- **Au niveau protubéranciel** : région M pour la miction, L pour la continence.

SYMPTÔMES DU BAS APPAREIL URINAIRE

= SBAU (anciennement singes fonctionnels urinaires ou troubles mictionnels).

Troubles de la phase de stockage

- **Incontinence urinaire** : fuite involontaire d'urine par l'urètre *(cf encadré dédié plus bas).*
  - IU d'effort : effort physique, toux, éternuement, rire, sport.
  - IU par urgenturie ou par hyperactivité vésicale : fuite accompagnée ou précédée par une urgenturie.
  - IU mixte.
  - Autres types d'IU selon ICS (2017) : fonctionnelle (ft normal du BAU), multifactorielle (polymédication, environnement…), continue, insensible, posturale (au changement de position), coïtale (≠ orgasme ou pénétration), fistule, associée à rétention chronique (RPM > 300 mL).
- **Énurésie** : miction complète involontaire.
  - Diurne : miction complète involontaire lors d'un paroxysme émotionnel.
  - Nocturne : miction complète involontaire durant le sommeil.
- **Pollakiurie diurne** : augmentation du nombre de mictions par 24 h : ≥ 8 en période d'éveil (pollakiurie diurne) : attention le volume total d'urines sur 24 h est normal donc petites mictions.
- **Nycturie :** fait d'être réveillé par l'envie d'uriner. Anormal dès 1 levé si celui – ci entraîne une gêne pour le patient (difficulté à se rendormir par exemple). Deux origines pouvant coexister :
  - Trop d'urine produite la nuit (normalement 25 à 33 % de la diurèse produite pendant le sommeil) = polyurie.
  - Perte de la capacité vésicale fonctionnelle à diurèse constante.
- **Urgenturie** : désir soudain impérieux et irrépressible d'uriner (à l'extrême = incontinence par urgenturie).
- **Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale** : survenue d'urgenturie (suffit à elle-seule pour poser le diagnostic) avec ou sans incontinence ± pollakiurie ± nycturie en dehors d'une infection urinaire ou d'une pathologie locale évidente (infection, tumeur de vessie ou de voisinage, calcul).
- **Sensibilité vésicale** :
  - Normale : besoin d'uriner progressivement croissant jusqu'à l'obtention d'un besoin pressant.
  - Augmentée : besoin d'uriner très précoce et persistant.
  - Réduite : sensation de remplissage vésical, mais pas de besoin d'uriner.
  - Absente : aucune sensation de remplissage ni de besoin.

Troubles de la phase de vidange

- **Dysurie ou syndrome dysurique :** retard au démarrage de la miction, nécessité de poussée pour initier la miction, jet faible et/ou en arrosoir, jet interrompu, miction en plusieurs temps.
- **Brûlures mictionnelles** : brûlures ressenties dans l'urètre durant le passage de l'urine.

Trouble post-mictionnelle

- **Gouttes retardataires.**
- **Sensation de vidange vésicale incomplète.**

		Examen	*Informations*	*Indications*
EXPLORATIONS	Explorations biologiques et morphologiques du bas appareil	**ECBU**	Infection, hématurie, leucocyturie.	IU par urgenturie, IU du sujet âgé, IU avec port de couches, avant BUD ou UCRM ou endoscopie, brûlures mictionnelles.
		Cytodiagnostic urinaire	Cellules atypique ou cancéreuse.	Urgenturie, ATCD de tumeur vésicale.
		GAJ, HbA1c	Équilibre glycémique.	Urgenturie, sd clinique d'hyperactivité vésicale, nycturie + polyurie, IU ou dysurie avec signes de neuropathie périphérique ou diabète connu.
		Échographie vésicale + résidu post-mictionnel	Calcul vésical ou du bas uretère, tumeur vésicale ou de voisinage, volume de la prostate, résidu post-mictionnel, épaississement de paroi vésicale +/- diverticules (vessie de lutte, obstacle sous-vésical.	IU par urgenturie, IU mixte, syndrome dysurique, brûlure mictionnelle.
		Urétrocystoscopie	Calibre urètre, volume et forme prostate, contenu vésical, meilleur examen pour tumeur vésicale.	Urgenturie en 1re intention si FdR de tumeur vésicale (tabac/exposition pro) ou après échec de traitement de 1re intention en l'absence de FdR/syndrome dysurique pour localiser obstacle.
		Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle (URCM)	Sténose de l'urètre, qualité de vidange vésicale, reflux vésico-rénal (acquisition radio de la vessie remplie de produit de contraste iodé).	Syndrome dysurique si sténose de l'urètre non franchissable par endoscopie (suspicion de fistule urinaire).
	Explorations fonctionnelles du cycle mictionnel	**Calendrier mictionnel sur 24 h**	Nb et volume des mictions, nb et circonstances des fuites, volume total de diurèse avec apport hydrique, répartition jour/nuit de diurèse, heure des mictions, intensité du besoin.	SYSTÉMATIQUE pour tous les symptômes du bas appareil. Seul examen qui distingue polyurie nocturne et pollakiurie nocturne dans le dg de nycturie.
		Pad- test de 24 h (pesée de couches)	Quantité d'urine perdue par jour en gramme.	Optionnel, mais permet de quantifier l'incontinence.
		Débitmétrie	Courbe en cloche : vidange rapide. Débit max normal > 15 mL/s. Volume uriné + résiduel doit être > 150 mL pour interpréter débitmétrie. Résidu post-mictionnel pathologique si : > 15 % du volume mictionnel.	SYSTÉMATIQUE pour le syndrome dysurique : objective et quantifie le jet faible et mauvaise vidange. Utile si urgenturie (conséquence d'une obstruction sous vésicale ?)
		Bilan urodynamique ***= Débimétrie Cystomanométrie Sphinctérométrie***	- Phase de remplissage : pas de contraction du détrusor (cystomanométrie = pas d'augmentation de pression dans la vessie), pic de pression à la toux avec pression du détrusor constante et renforcement réflexe de la pression urétrale (pour éviter fuite), $P_{détrusor\ max}$ < 40 cmH2O. - Compliance > 20 ml/cmH2O. - **$P_{urétrale\ max} = P_{cloture} = P_{urétrale} - P_{vésicale}$ = 110 – âge +/- 10 % (insuffisance sphinctérienne si diminuée).** Phase de miction : $P_{sphincter}$ diminuée et $P_{détrusor}$ augmentée (synergie) : débit régulier + vidange complète.	En 2e intention toujours. - IUE avant chirurgie sauf si IUE isolée simple de F jeune sans autre SBAU ni ATCD. - IU avec contexte neurologique. - IU par urgenturie avant ttt 2e ligne. - Dysurie si difficile de connaître la cause.
	Examens de 3e intention	**- IRM cérébrale et médullaire** : SBAU faisant suspecter une maladie neurologique (ex : F jeune et SEP). **- Électrophysiologie périnéale** (EMG sphincter strié) : syndrome dysurique ou IU dans un contexte neurologique.		

INCONTINENCE URINAIRE

GENERALITES

- Perte involontaire d'urine par l'urètre objectivement démontrable = déficience.
- Altération profonde de la qualité de vie.
- Concerne tous les âges et les deux sexes.
- Femme = **problème majeur de santé publique** (en France 3 millions de F sont concernées et la majorité ne consulte pas), 5-15 % des femmes de 40 à 70 ans, *> 15 % d'IU chez F institutionnalisés, IUE jusqu'à 60 ans puis mixte.*
- Homme = **IU est 2 à 10 fois moins fréquente** et souvent liée à une pathologie prostatique ou iatrogénique, *IUU > IU mixte et IUE*.
- Sujet âgé = 20 %, IU est plus fréquente et le plus souvent multifactorielle, **urgenturie fréquente > mixte.**
- Parfois l'IU révèle une autre maladie :
  Maladie neurologique :
  . Centrale (souvent révélée par urgenturie +++) : SEP, myélite, démence…
  . Périphérique (souvent révélée par IU d'effort +++) : HD compliquées, neuropathies périphériques.
  Pathologies de la paroi vésicale : tumeur, calculs.

INTERROGATOIRE

- Circonstances des fuites : effort, urgenturie, permanente et insensible, rétention chronique.
- Quantification des fuites :
- Questionnaire USP (Urinary Symptoms Profile) rempli par le patient : quantifie le SBAU.
- Nb d'épisodes/j et quantité, nb de protections/j.
- Calendrier mictionnel sur 2-3 jours.
- Questionnaires validés : Ex. : Score de Sandwick.

- Recherche autre dysfonction pelvienne : dysfonction sexuelle, troubles anorectaux (incontinence fécale), douleur, hématurie, infections urinaires récurrentes.
- Recherche une rétention aiguë d'urines avec miction par regorgement.

RETENTISSEMENT

- Questions :
  - Directes : sur une échelle de 0 à 10 à combien estimez-vous votre gêne ?
  - Indirectes : qu'est-ce que vous aimeriez faire et que vous ne pouvez pas faire à cause des fuites ?
- Questionnaires de qualité de vie liée aux problèmes urinaires.
- Rechercher les attentes du patient.

EXAMEN PHYSIQUE OBJECTIF = VISUALISER LA FUITE

- Reproduction de la fuite (pour le diagnostic clinique) :
- Examen vessie pleine en position gynécologique puis debout pour la femme, en décubitus dorsal puis debout pour l'homme.
- Test d'effort : réalisation d'un effort de poussée : fuite ? Mobilité cervico urétrale ?
- Effet du test de soutènement urétral : à réaliser si IU d'effort par HMCU (positif si IU disparait lors de la manœuvre, oriente vers une prise en charge chir).
- Test de remplissage de la vessie par une sonde (reproduit l'urgenturie).
- Test au bleu si suspicion de fistule vésicovaginale.

- Examen périnéal :
- H = rechercher sténose méat urétral, TR pour apprécier la prostate.
- F = touchers pelviens, rechercher prolapsus.

- Examen neurologique si orientation clinique :
- Examen des pieds (creux, plats), marche, du passage talon/pointe.
- Examen du sillon fessier (recherche d'une maladie neurologique).
- Sensibilité périnéale au toucher.
- Réflexes des métamères sacrés S2-S4 : réflexe bulbo-anal et clitorido-anal *(lorsqu'on pince le gland, on observe et on perçoit avec un doigt intra-anal une contraction réflexe du sphincter strié anal).*

FACTEURS DE RISQUE/AGGRAVANTS

- Femme : *40-70 ans, IUE jusqu'à 60 ans et mixte après.*
  - Génétique (RR x 3 si mère ou sœur incontinente).
  - Ethnie = caucasienne, non hispanique > afro- américaine > asiatique.
  - Gynéco-obstétrique : grossesse, travail expulsif, AVB, chirurgie pelvienne, irradiation pelvienne, ménopause et carence hormonale.
  - **Obésité+++** : corrélation directe entre IMC et IU, tous les types d'IU. Perte de poids ≥ 15 % améliore IU et 60 % de guérison si normalisation du poids (chirurgie moins efficace chez les obèses).
  - Absence d'exercice physique, sport intensif, diabète, démence et troubles cognitifs.
  - Neurologique : cérébral (Parkinson, atrophie multi-systématisée, démence, AVC, SEP), médullaire (traumatisme, SEP, myélite, spina bifida), périphérique (syndrome de queue de cheval, neuropathies périphériques, chirurgie pelvienne).

- Homme *2-10 fois moins fréquent que la femme, IU urgenturie > IU mixte et IUE.*
  - Âge.
  - SBAU associés.
  - Infections urinaires.
  - Démence et troubles cognitifs.
  - Prostatectomie totale : amélioration dans l'année.
  - Irradiation pelvienne ; chirurgie pelvienne.
  - Maladie neurologique : idem que pour la femme.

- Sujet âgé (> 75 ans) : **rechercher des facteurs non urologiques, transitoires, réversibles (IUTR) : correction possible par des mesures urologiques et environnementales.**
  - Rétention chronique d'urine (souvent révélée par syndrome confusionnel).
  - Sondage vésicale.
  - Infection urinaire (paucisymptomatique).
  - Carence hormonale (atrophic vaginitis).
  - Médicaments : diurétiques, IEC, opiacés, sédatifs, anticholinergiques.
  - Dépression, causes psychologiques.
  - Endocrino : diabète, polyurie, diurétiques, excès d'apport, mobilisation, œdème.
  - Sédentarité (majoration des conséquences de l'urgenturie) : restriction de mobilité.
  - Constipation : cause 10 % des IU de sujet âgé.

  Acronyme **DIAPPERS** (couche en anglais) résumant les causes transitoires et réversibles : Delirium, Infection U, Atrophie vaginale, Pharmacologique, Psychologique, Excès de production d'urine, Réduct° de mobilité, Selles (constipation).

DRAPEAUX ROUGES

- Présence d'une urgenturie : toujours éliminer une infection, une tumeur, un calcul ou CE intra-vésicale.
- Survenue brutale, notamment si sujet jeune et/ou association à dysft sexuelle ou ano-rectale : rechercher cause neuro ++.
- Association à Hu macroscopique : chercher cause tumorale ++ ou infectieuse.

PC

- 1re intention : calendrier mictionnel, ECBU et échographie réno-vésico-prostatique/pelvienne, GAJ/HbA1c.
- 2e selon contexte : cytologie urinaire, urétrocystoscopie, cystographie, BUD, imagerie du SNC, IRM pelvienne.

MECANISME DES FUITES URINAIRES CHEZ LA FEMME

Incontinence urinaire d'effort

= l'urètre n'oppose pas assez de résistance pour éviter la fuite.
= Perte involontaire à l'effort (rire, toux…), sans sensation de besoin.
- **Hypermobilité cervico-urétrale (HMCU)** : perte du tonus des tissus de l'urètre proximal, la manœuvre de soutènement du col/urètre corrige la fuite.
- **Insuffisance sphinctérienne (IS) :** la manœuvre de soutènement du col/urètre ne corrige pas la fuite.

Causes
- **Traumatisme obstétrical/chirurgical** : accouchements, neuropathies d'étirement, chirurgie gynéco, périnéale ou rectale.
- **Troubles trophiques** : **carence hormonale** de la ménopause (atrophie vulvo-vaginale).
- Pathologie mécanique par efforts de poussées abdominales répétés : **constipation, toux chronique, port de charges lourdes.**
- Neurologique.
- Malformative : exstrophie vésicale.

Incontinence urinaire par urgenturie (hyperactivité vésicale)

= La vessie ne se remplit pas correctement : il faut d'abord éliminer toute cause d'irritation locale.
= Perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibé, pouvant survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort.
- Mécanisme : **contractions vésicales anormales non-inhibées** = hyperactivité vésicale (excès de message afférent, diminution de l'inhibition centrale du réflexe, hyperexcitabilité du détrusor, anomalie de l'urothélium, des centres neurologiques supérieurs ou des voies efférentes au muscle).
- Important de faire la ≠ entre hyperactivité du détrusor (contractions involontaires de la vessie) et **l'hyperactivité vésicale** (définition purement clinique, pouvant exister sans hyperactivité détrusorienne, 50 % des cas).

Causes
- **Idiopathique (**urothélium ; système nerveux ; microbiote urinaire ; autres organes pelviens ; détrusor ; carence hormonale).
- **Causes locales** : obstruction sous vésicale, insuffisance sphinctérienne, agression para vésicale : infection, calculs, tumeur.
- **Maladie neurologique centrale :** cerveau ou moelle épinière.
- **Psychogène**

<table>
<tr><td colspan="2">MECANISME DES FUITES URINAIRES CHEZ L'HOMME</td><td>Incontinence urinaire d'effort</td><td>Lié à une insuffisance sphinctérienne (10x moins fréquent que la femme), essentiellement iatrogène : post-prostatectomie (2-15 %), cystoprostatectomie avec remplacement vésical intestinal, irradiation pelvienne, chirurgie HBP, atteintes nerveuses périphériques.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td rowspan="3">Incontinence urinaire d'effort
Cible : l'urètre
Objectif : renforcer les résistances de l'urètre</td><td>1re intention (F et H)</td><td>Correction des facteurs aggravants : perte de poids, œstrogénothérapie vaginale, normaliser l'apport hydrique.
Mise en place de mictions programmées en dehors de tout besoin urinaire et à intervalles réguliers (/4 heures).
Rééducation périnéosphinctérienne (tonus du muscle principal du plancher pelvien, le levator ani).</td></tr>
<tr><td>2e intention (F)</td><td>- HMCU prédominante
• Bandelettes synthétiques sous urétrales sans tension (TVT-TOT) ++.
• Colposuspension de BURCH.
- IS prédominante légère : injection d'un agent comblant sous la muqueuse urétrale.
- IS prédominante modérée à sévère
• Bandelette sous urétrale synthétique sans tension par voie rétropubienne (TVT).
• Ballons ajustables de compression péri-urétraux.
• Sphincter urinaire artificiel.
• Bandelette aponévrotique sous cervicale (avantage : pas de matériel prothétique).</td></tr>
<tr><td>2e intention (H)</td><td>IU légère : injection d'un agent comblant sous la muqueuse urétrale.
IU modérée à sévère :
• Ballons ajustables péri-urétraux de compression.
• Bandelettes synthétiques sous urétrales compressives.
• Sphincter urinaire artificiel.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Incontinence urinaire par urgenturie
Cible : la vessie
Objectif : ↑ capacité vésicale, ↓ pression pendant remplissage</td><td>1re intention</td><td>- MHD : régulation des apports hydriques, œstrogénothérapie locale.
- Rééducation périnéale = TCC, électrostimulation, exercices de contraction volontaire.
- Médicaments.
- Anticholinergiques : oxybutinine, chlorure de trospium, solifénacine, darifénacine, fésotérodine.
- Bêta-3-agonistes : mirabégron.
- TTT œstrogéniques locaux si femme ménopausée.</td></tr>
<tr><td>2e intention</td><td>- Neuromodulation du nerf spinal S3.
- Injection toxine botulique A dans la vessie.</td></tr>
<tr><td>3e intention</td><td>- Entérocystoplastie d'agrandissement.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Incontinence urinaire permanente</td><td colspan="2">- Fistule : PEC chirurgicale.
- Toute IU sévère.</td></tr>
</table>

PROLAPSUS GÉNITAL

<table>
<tr><td>DG</td><td>Hernie des organes pelviens à travers le vagin.
Peut concerner :
- Vessie (cystocèle).
- Utérus (hystéroptose).
- Cul-de-sac de Douglas (élytrocèle).
- Rectum (rectocèle).

Degré d'extériorisation du prolapsus → 4 stades :
- Stade 1 : intravaginal.
- Stade 2 : à l'entrée de la vulve.
- Stade 3 : franchement extériorisé.
- Stade 4 : déroulement complet du vagin.

- Diagnostic → examen clinique+++, peu de diagnostics différentiels (kyste vaginal, fibrome de la cloison vésicovaginale).
- La présence d'ascite peut aggraver un prolapsus génital → écho abdo fréquemment demandée mais non systématique.
- Entraîne une dysurie, pesanteur pelvienne, sensation de boule à la vulve ou dyschésie (manœuvre digitale pour pouvoir uriner ou vidanger rectum).</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>Uniquement si gênée par prolapsus.
Stade 1-2 : rééducation périnéale (remonte prolapsus de 2 cm au maximum), pessaire si échec.
Stade 3-4 : pessaire en cube (à mettre soi-même le matin, s'enlève le soir) ou en anneau (geste médical, changé régulièrement tous les 2 à 6 mois).
→ Si échec rééducation et/ou pessaire : chirurgie (promontofixation).</td></tr>
</table>

DYSURIE

DÉROULEMENT DE LA MICTION NORMALE	Miction nécessite la coordination entre la **contraction du détrusor** et le **relâchement des sphincters** (lisse et strié), et la **perméabilité des voies urinaires** sous-jacentes (prostate, urètre, méat). Séquence chronologique de la miction : - Relaxation du sphincter strié et des muscles pelviens. - Contraction du détrusor : PV ↑. - Ouverture du col : début de la miction. - Poursuite de contraction du détrusor.
PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DYSURIE	**Obstacle urétral :** - Anatomique : cause pariétale (rétrécissement de la filière) ou luminale. - Fonctionnel : les sphincters ne s'ouvrent pas. **Faiblesse vésicale** : atteinte musculaire ou neurologique. **Mécanisme mixte.**
INTERROGATOIRE	**Recherche augmentation fréquence mictionnelle avec pollakiurie : calendrier mictionnel.** **Rechercher ATCD :** - Neurologiques : atteinte médullaire (dysynergie vésicosphinctérienne) ou périphérique (hypocontractilité). - Urologiques : chirurgie urétrale, infections urinaires basses, urétrite (sténose). - Chirurgie pelvienne : cancers pelviens, endométriose. **Prises médicamenteuses** = opioïdes, anticholinergiques, alpha-stimulant.
CLINIQUE	- **Inspection** : aspect du méat et du périnée. - **Touchers pelviens** : prostate, tumeurs pelviennes, fécalome. - Examen **abdominal** : recherche de globe vésical. - Examen **neurologique** a minima : • **Examen des pieds** (creux, plats), marche, du passage talon/pointe. • **Examen du sillon fessier** (recherche d'une maladie neurologique). • **Sensibilité périnéale au toucher** et recherche de déficit du territoire sacré. - Calendrier mictionnel +++.
PC	**- Échographie vésico-rénale avec mesure du résidu post-mictionnel** (systématique) : rétention vésicale, paroi vésicale, retentissement rénal, cause sous-jacente. **- Débitmétrie + mesure résidu post-mictionnel** (systématique). **- Urétrocystoscopie** : permet de rechercher un obstacle. **- Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle** : permet de mesurer la longueur d'une sténose importante/mesure résidu post-mictionnel/diagnostic d'un reflux. Utile pour le mécanisme et le retentissement. **- Bilan urodynamique** : seul examen qui renseigne sur la contractilité vésicale, affirme une obstruction et différencie obstruction (≠ obstacle = perturbation pression/débit) et hypocontractilité vésicale.
ÉTIOLOGIES (OBSTRUCTION SOUS VÉSICALE)	**Causes anatomiques** (H +++) : - Pariétales : HBP, sténose urétrale, cancer de prostate rarement, prolapsus, cystocèle, tumeur de l'urètre, bandelette sous urétrale. - Endoluminales : calcul vésical ou urétral (hématurie, tumeur). **Causes fonctionnelles** (H=F) : - Dysynergie vésico-sphinctérienne = sphincter se contracte en même temps que la vessie +. - Maladie du col vésical. - Hypertonies iatrogènes médicamenteuses du sphincter strié urétral et du col vésical : alpha-stimulants. - Asynchronismes vésicosphinctériens ou vésicopérinéaux : relaxation périnéale impossible en dehors de toute pathologie neurologique = hémorroïdes, abus sexuels. - Syndrome de Fowler (rare) : trouble de la relaxation d'origine myogène de la F jeune avec SOPK. - Hypocontractilité : neurogène ; myogène ; médicamenteuse.
TRAITEMENTS	**HBP** : - TTT médicamenteux : alphabloquants/inhibiteur de 5-alpha-réductase. - TTT chirurgical : RTUP, vaporisation ou énucléation laser, adénomectomie. **Sténose de l'urètre** : - Urétrotomie endoscopique. - Urétroplastie. - Cancer de prostate localement avancé : résection transurétrale de désobstruction par voie endoscopique. **Dysynergie vésico-sphinctérienne légère** : alphabloquants. **Dysynergie vésico-sphinctérienne sévère** : auto-sondages propres intermittents/dérivation chirurgicale. **Causes médicamenteuses** : arrêt du médicament. **Syndrome de Fowler** : neurostimulation du nerf sacré S3. **Hypocontractilité vésicale** : auto-sondages propres intermittents, parfois neuromodulation sacrée.

NYCTURIE

= Fait d'être réveillé par l'envie d'uriner. Anormal dès 1 levé si celui – ci entraîne une gêne pour le patient (difficulté à se rendormir par exemple). Deux origines pouvant coexister :

- Trop d'urine produite la nuit (normalement 25 à 33 % de la diurèse produite pendant le sommeil) = polyurie.
- Perte de la capacité vésicale fonctionnelle à diurèse constante.

Motif fréquent de consultation, car fatigue et inconfort, surtout si intense (> 2-3 levers par nuit).

BILAN ÉTIOLOGIQUE D'UNE NYCTURIE	- Examen clé = **calendrier mictionnel** +++ - Si **polyurie globale** (jour et nuit) : iono U (osmolalité U basse oriente vers diabète insipide vs osmolalité haute vers diabète sucré). - Si **polyurie nocturne** : multifactorielle ++ (boisson ou diurétiques le soir, IRC débutante, recirculation OMI, SAOS).
THÉRAPEUTIQUE	- Rééducation. - TTT médicamenteux : anticholinergiques ou béta-3 agonistes. - Neurostimulation tibiale postérieure ou sacrée. - Toxine botulique intradéstrusorienne. - Traitement d'une cause locale. - Prise en charge d'un SAOS si étiologie confirmée. - Si Ø étiologie et patient < 65 ans : possible de prescrire de la desmopressine.